的行程,钉道钻入角度约内倾 30°,上倾 20°,钉道宁内勿外,宁上勿下,在如此熟悉的解剖结构里置钉应该是容易操作的。遵循个体化置钉原则可以避免对毗邻重要组织结构的损伤。

3.2　*并发症及经验教训*

本组没有发生脊髓、神经根、血管损伤等严重并发症。早期使用该技术时出现一些失误及教训。①寰椎后弓切割断裂。本组 1 例寰椎一侧后弓在置钉时切割断裂,究其原因是机械地选择了寰椎后结节向外 20 mm 作为进钉点,在用 3.0 mm 丝攻攻丝时切割断裂。该失误虽没有影响寰椎侧块螺钉植入及其螺钉植入后的坚固性,但进钉点过于偏内有损伤脊髓之虞。教训:要根据术中真实的解剖标志来进行操作。②枢椎"坐钉"失稳影响复位、固定效果。我们出现 1 例枢椎椎弓根植钉后失稳,该例置钉内倾角度过小,偏下,螺钉在钉道内有效行程过短,寰枢椎复位固定后因杠杆原理出现螺钉在钉道产生张力性切割,导致枢椎椎弓螺钉失稳,复位失效。教训:获取枢椎钉道一定要在峡部中心轴内,这既安全又坚固,还能减少对椎动脉损伤。一旦出现固定螺钉松动,要辅助 Halo-vest 固定,直至骨愈合。③枢椎椎弓根螺钉弯曲。本组发生 2 例,这跟寰枢椎关节脱位术前牵引或术中大重量牵引复位仍没有达到完全解剖复位有关。在此情况下借助内固定装置强行提拉复位、固定,寰枢椎关节仍处于较强的弹性复位状态(即需要通过较强的外力才能够使寰枢椎关节脱位得以复位或维持所需的复位要求),因此容易导致寰椎椎弓根螺钉拔出或枢椎椎弓根螺钉弯曲。同时这还增加了固定钉所受的应力,而导致固定钉断裂[5]。尽可能于固定前对脱位寰枢关节完全复位可预防该并发症。

参考文献:

[1] Resnick D K, Benzel E C. C1-C2 pedicle screw fixation with rigid cantilever beam construct: case report and technical note[J]. Neurosurgery, 2002, 50(2): 426 - 428.
[2] 谭明生,张光铂,李子荣,等. 寰椎测量及其经后弓侧块螺钉固定通道的研究[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2002, 12(1): 5 - 8.
[3] Abumi K, Takada T, Shono Y, *et al*. Posterior occipitocervical reconstruction using cervical pedicle screws and plate-rod systems[J]. Spine, 1999, 24(14): 1425 - 1434.
[4] Xu R, Nadaud M C, Ebraheim N A, *et al*. Morphology of the second cervical vertebra and the posterior projection of the C2 pedicle axis [J]. Spine, 1995, 20(3): 259 - 263.
[5] 张美超,周海涛,王　超,等. 对寰枢椎侧块螺钉钛板固定装置的力学性能评价[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2006, 16(9): 685 - 687.

(编辑　冷怀明)

文章编号:1000-5404(2009)19-1909-01

个案与短篇

侵蚀性葡萄胎误诊异位妊娠 1 例

李　丽　　(湖北民族学院附属医院妇产科,湖北 恩施 445000)

1　临床资料

患者,18 岁,未婚,平素月经规律,既往无妊娠史。末次月经 2007 年 9 月 3 日,2007 年 10 月 28 日因停经 55 d,自查尿 HCG 阳性,即自购"息隐"行药物流产。服药第 3 天开始阴道流血,量多于月经量,无组织流出,伴明显下腹坠胀,先后昏厥 4 次。于 11 月 12 日因药物流产后阴道流血 12 d,腹痛 9 h,入某市中医院。该院资料记载,入院时查尿 HCG 阳性,彩超宫腔内未见妊娠囊,行后穹窿穿刺阳性,即诊断"异位妊娠"行开腹手术治疗。术中见子宫底部靠前壁见 0.5 cm × 0.5 cm 大小突起,有活动性出血,遂行病灶清除术。术后病理报告送检物见绒毛组织。术后 7 d 腹部切口拆线后出院,但阴道流血一直不净。12 月 15 日又因阴道大量出血再次入院,查尿 HCG 阳性,尿 HCG 稀释试验稀释 1∶350 阳性,1∶400 阴性,给予抗感染治疗。于 2007 年 12 月 19 日因"药物流产后阴道不规则流血 49 d"转入我院。入院查体:心肺无异常,外阴阴道无异常,宫颈光滑,不着色,子宫稍大于正常,质软,无压痛,双侧附件无异常。除中度贫血外心电图、胸片、血糖、肝肾功能、电解质均正常。查血 β-HCG > 15 000 mU/ml(非妊娠 < 25 mU/ml),原尿 HCG 阳性,尿 HCG 稀释试验稀释 1∶350 阳性,1∶400 阴性;彩超子宫大小正常,宫内膜清晰,宫底肌层回声不均,呈蜂窝状,宫底肌层可见丰富血流信号,血供丰富。将患者院外病理切片及蜡块送我院病理科会诊检查,报告"胎盘绒毛显著水肿,间质血管消失,滋养叶细胞增生活跃"符合葡萄胎特点,故此诊断为侵蚀性葡萄胎。于 12 月 22 日开始采用 5-FU + KSM 联合化疗,每 8 天 1 个疗程,5-FU 26 mg · kg^{-1} · d^{-1},KSM 6 μg · kg^{-1} · d^{-1}静脉滴注。第 1 疗程结束后第 3 天阴道流血停止。停药第 6 天复查尿 HCG 稀释试验 1∶100 阴性,原尿阳性,血 β-HCG 4 012 mU/ml,停药第 14 天,血 β-HCG 232 mU/ml。有化疗副反应,如恶心、呕吐、纳差、腹痛、

口腔溃疡、脱发、皮疹、白细胞减少等,经对症治疗后,逐渐减轻至消失。2 个疗程的化疗患者血 β-HCG 降至正常,原尿及稀释 HCG 试验均为阴性。月经转为正常。4 个疗程化疗后彩超提示子宫大小正常,肌层回声均匀。头颅 CT 及胸片无异常。出院定期随访至今,情况良好。

(下转 1911 页)

作者简介:李　丽,湖北省恩施土家族苗族自治州人,副主任医师,主要从事妇科肿瘤方面的研究。E-mail: fyfckll@163.com

收稿日期:2009-03-05;修回日期:2009-03-30

国内外研究认为在规范化治疗 AP 的基础上,AHLP 治疗的关键是迅速降低血 TG 浓度。当血 TG 值降至 5.65 mmol/L 以下时,可阻止 AHLP 病情的进一步发展[5]。常用降血脂药物虽可降低 TG,但是作用缓慢,且 AP 患者不能进食。有报道采用肝素和胰岛素等药物治疗能使 TG 降低到 10 mmol/L 以下,但其降低速度亦较缓慢,平均需要 3 d[6]。有学者采用血液净化的方法去除甘油三酯治疗 AHLP,如毛恩强等[7]用血液滤过吸附 TG,治疗 AHLP,取得很好的治疗效果,但这需要配置大量置换液和特定的仪器。国外有报道采用血浆置换的方法清除甘油三酯治疗 AHLP 获得良好的效果[8],此法虽能有效地去除高甘油三酯,但需要大量的血浆,还有可能传染病毒性肝炎、艾滋病等疾病,因此临床应用受到限制。张舸等[9]采用二次膜分离血浆置换的方法清除甘油三酯治疗 AHLP 亦取得良好疗效,该法无需补充血浆,只需输入少量的置换液,但由于需要特定的仪器,难以推广。血液灌流是临床上常用的血液净化方法之一,它是借助体外循环,将血液引入装有固态吸附剂的灌流器中,以吸附清除体内代谢产物以及外源性毒物或药物的方法。根据灌流器中吸附剂的不同,可以吸附不同的物质。目前已广泛应用于中毒患者的救治和慢性肾功能衰竭患者的治疗,但尚少见有血液灌流吸附甘油三酯治疗 AHLP 的报道。HA330 型血液灌流器的吸附剂是苯乙烯/二乙烯聚合而成的大孔中性树脂,对细胞因子、内毒物、芳香族氨基酸、短链脂肪酸、甘油三酯有吸附清除作用,体外实验显示其对 TG 的吸附率达到 41.2%。故我们使用 HA330 型血液灌流器行血液灌流吸附甘油三酯治疗 AHLP,结果表明血液灌流后患者的血清 TG 浓度和 APACHEⅡ评分较血液灌流前明显降低,腹痛、腹胀等临床症状明显好转。由于灌流器中的吸附剂 2 h 即达吸附饱和,所以我们每 2 小时更换 1 次灌流器,直至血中 TG 浓度降至 5.65 mmol/L 以下。我们认为,早期行血液灌流可以迅速地降低血 TG 浓度,改善 AHLP 的临床症状和体征,是治疗 AHLP 的有效方法,且血液灌流操作简单,无需配置置换液,值得临床进一步推广应用。

参考文献:

[1] Fortson M R, Freedman S N, Webster P D 3rd. Clinical assessment of hyperlipidemic pancreatitis[J]. Am J Gastroenterol, 1995, 90(12): 2134 - 2139.

[2] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J]. 现代消化及介入诊疗,2007,12(3):206 - 208.

[3] 王兴鹏,曾　悦. 高脂血症相关性胰腺炎发病机制的研究现状[J]. 国际消化病杂志,2006,26(4):219 - 220.

[4] 吴建新,陈源文,罗声政, 等. 急性胰腺炎合并高甘油三酯血症的发病类型和预后[J]. 中国实用内科杂志,2004,24(11):667 - 670.

[5] Yadav D, Pitchumoni C S. Issue in hyperlipidemic pancreatitis[J]. J Clin Gastroenterol,2003,36(1):54 - 62.

[6] Mao E Q, Tang Y Q, Zhang S D. Effects of time interval for hemofiltration on the prognosis of severe acute pancreatitis[J]. World J Gastroenterol, 2003, 9(2):373 - 376.

[7] 毛恩强,汤耀卿,张圣道. 高脂血症性重症急性胰腺炎规范化治疗方案的探讨[J]. 中国实用外科杂志,2003,23(9):542 - 545.

[8] Al-Humoud H, Alhumoud E, Al-Hilali N. Therapeutic plasma exchange for acute hyperlipidemic pancreatitis: a case series[J]. Ther Apher Dial,2008,12(3):202 - 204.

[9] 张　舸,冯　剑,徐秋萍,等. 二次膜分离血浆置换在高脂血症性急性胰腺炎中的治疗作用[J]. 浙江大学学报,2008,37(1):93 - 96.

(编辑　吴培红)

(上接 1909 页)

2　讨论

2.1　妊娠滋养细胞肿瘤的发生、药物流产适应证的把握

妊娠滋养细胞肿瘤 60% 继发于葡萄胎,30% 继发于流产,10% 继发于足月妊娠或异位妊娠[1]。侵蚀性葡萄胎以 20 ~ 30 岁年龄段发病率较高,好发于葡萄胎清宫术后 2 个月[2],无转移妊娠滋养细胞肿瘤,多数继发于葡萄胎后,仅少数继发于流产或足月产后。该患者虽 18 岁未婚,既往无妊娠史不一定可靠,轻信易造成误诊;停经 55 d 不能全等于宫内孕,使用药物流产时一定要做 B 超确诊。

2.2　侵蚀性葡萄胎病理特征

葡萄胎组织可侵入子宫肌层或其他组织深度自数毫米甚至深达浆膜面,显微镜下可见绒毛结构及滋养细胞增生和分化不良,绒毛结构也可退化,仅见绒毛阴影,滋养细胞有不同程度的增生[3]。当侵蚀病灶接近子宫浆膜层时,子宫表面见紫蓝色结节。该病例中医师根据术中术后的情况应该质疑异位妊娠诊断的可靠性,病理医师应该考虑绒毛组织与子宫肌壁的关系,以及取材、阅片和病理描述的水平,诊断可疑者行病理会诊就不会遗漏妊娠滋养细胞肿瘤的诊断。

2.3　无转移性妊娠滋养细胞肿瘤临床诊断及治疗

血 β-HCG 水平测定是葡萄胎后妊娠滋养细胞肿瘤主要的诊断依据,当胸部 X 线片、CT 和磁共振成像、超声检查肌层内有回声不均区域或团块,边界不清且无包膜,显示丰富的血流信号和低阻力型血流频谱时,应考虑为无转移性妊娠滋养细胞肿瘤。其治疗以化疗为主,多采用联合化疗。本例患者长时间阴道出血一直未检查血 β-HCG,术前彩超检查不仔细,术后病检粗糙均是造成本例的误诊及治疗延误的原因。

关键词: 药物流产; 侵蚀性葡萄胎; 异位妊娠
中图法分类号: R737.33　　**文献标识码**: B

参考文献:

[1] 乐　杰. 妇产科学[M]. 第7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:295.

[2] 张艳梅,亓　晶,和　萍,等. 妊娠滋养细胞肿瘤 46 例临床分析[J]. 实用妇产科杂志, 2008, 24(12):727 - 729.

[3] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1999:2015 - 2028.

(编辑　龙　亮)